



## Anmeldebogen

Für uns stehen Sie im Fokus unserer Praxis.  
Sollten Sie daher Wünsche haben, so sprechen Sie uns darauf an!

**Patient:** \_\_\_\_\_  
(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

**Versicherter:** \_\_\_\_\_  
(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

**Versicherung:**  pflichtversichert  freiwillig versichert  Privatversicherung: \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_  
(PLZ/Ort) (Straße)

\_\_\_\_\_ (Tel. Nr. tagsüber) (Mobil Nr.) (Email)

**Arbeitgeber:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Name Ihres Hausarztes:** \_\_\_\_\_

**Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?** \_\_\_\_\_

### Allgemeine Fragen zum Gesundheitszustand

**Ja** **Nein**

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | knirschen oder pressen Sie?                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | leiden Sie an Kopfschmerzen?                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Waren Sie im letzten Jahr in ärztlicher Behandlung? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Waren Sie in den letzten 5 Jahren im Krankenhaus?   |

Weshalb? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Herz-Kreislaufferkrankungen:

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzschwäche (Insuffizienz)                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzasthma, Angina pectoris                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzschrittmacher                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | zu hoher Blutdruck                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | zu niedriger Blutdruck                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzinfarkt, wann?                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall, wann?                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzinnenhautentzündung                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzklappenoperation                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Einnahme blutverdünnende Medikamente (z. B. Marcumar) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Atemnot nach kleineren Anstrengungen                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ohnmachtsanfälle                                      |

**Ja**      **Nein**

**Atemwegserkrankungen:**

- Atembeschwerden beim Treppensteigen
- Atembeschwerden beim Schlafen
- Tuberkulose
- schnarchen Sie?
- leiden Sie an Asthma?

**Stoffwechselerkrankungen:**

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Schilddrüsenerkrankungen
- schlechte Wundheilung

**Neurologische/Psychische Erkrankungen:**

- Demenz
- Depressionen
- Morbus Parkinson

**Immunsystem:**

- Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- 

**Rheumatische und/oder Gelenkerkrankungen:**

- Arthritis
- rheumatisches Fieber, Rheuma mit Gelenkschwellungen
- künstlicher Gelenkersatz

**Allergische Reaktionen:**

- Asthma?
  - Heuschnupfen?
  - Hautausschläge?
  - Überempfindlichkeiten auf Medikamente? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- 

**Andere Erkrankungen:**

- Nierenerkrankungen
- Niereninsuffizienz?
- Magen-Darm-Erkrankungen?
- Lebererkrankungen?
- Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B)
- HIV
- Multiple Sklerose (MS)?
- Osteoporose?
- Tumorleiden?
- Tumorbehandlung mit Medikamenten oder Bestrahlung?
- Tumor- oder Osteoporosebehandlung mit Bisphosphonaten?
- Erbkrankheiten?
- Epilepsie (Krampfanfälle)?
- Organtransplantationen? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte, inkl. Röntgenbilder/Fotos, deren Kopien oder Ausdrucke für medizinische Zwecke benötigt werden, anderem Fachpersonal übermittelt oder auf Anfrage zugesendet werden können. Diese Personen unterstehen ebenfalls der ärztlichen Schweigepflicht.

Bei Nichteinhaltung des vereinbarten Termins oder verspäteter Absage, wird ein Ausfallhonorar in Höhe von 90 € in Rechnung gestellt. Die Bezahlung wird nicht fällig, wenn in der vereinbarten Zeit ein anderer Patient behandelt werden kann und kein Ausfall entsteht. Der Anspruch ist nach §615 BGB berechtigt und der Höhe nach vom AG Bonn bestätigt.

**Ort, Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_